



TITLE:

大量吐血の救急手術として胃全剔出を行った1例

AUTHOR(S):

隠岐, 和彦; 入江, 義明; 宮本, 上総

CITATION:

隠岐, 和彦 ...[et al]. 大量吐血の救急手術として胃全剔出を行った1例. 日本外科宝函 1958, 27(2): 518-520

ISSUE DATE:

1958-03-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/206601>

RIGHT:

大量吐血の救急手術として胃全剔除を行つた1例*

大阪医科大学外科学教室 (指導 麻田 栄教授)

隠 岐 和 彦・入 江 義 明・宮 本 上 総

EXSTIRPATIO VENTRICULI TOTALIS ALS NOTOPERATION BEI EINEM ULCUSKRANKEN MIT MASSIVER HÄMATEMESIS

von

KAZUHIKO OKI, YOSHIAKI IRIE und KAZUSA MIYAMOTO

Aus der Chirurgischen Abteilung der Medizinischen Hochschule in Osaka
(Direktor: Prof. Dr. SAKAE ASADA)

Ein 50jähriger Mann, der schon 3 Jahre lang an den Erscheinungen des Magencancer gelitten hatte, wurde im Januar 1956 von einer heftigen, massiven Hämatemesis befallen. Vorübergehend geriet er in einen Schock und wurde bewusstlos. Der magere, ausgesprochen anämische Kranke hatte einen qualvollen Gesichtsausdruck. Puls 100 in der Minute. Eine ventrikuläre extrasystolische Arrhythmie war zu konstatieren. Bei Laparotomie waren ein grosses Ulcus rotundum an der Kardia sowie ein kleines Geschwür in der Nähe des Pylorus an der kleinen Kurvatur nachweisbar (Abb. 1). Deshalb wurde eine Exstirpation ventriculi totalis durchgeführt. Während des Eingriffs trat eine Blutdrucksenkung bis zu 70 mm Hg ein, trotzdem gestatteten uns die rasche Bluttransfusion und die reichliche Sauerstoffzufuhr eine gelungene Operation. Der postoperative Verlauf war ungeachtet einer hochgradigen Hypoproteinämie günstig. Jetzt anderthalb Jahre nach der Operation ist der Patient bei voller Gesundheit (Abb. 3).

われわれは最近、大量吐血を主訴とした胃腸癌性潰瘍の患者に対して、救急的に胃全剔除術を行い成功を収めたので、ここにその経験を報告し、御批判を仰ぎたいと思う。

症 例

患者：50才、男子会社員

主訴：大量の吐血

現病歴：昭和28年夏、食後に心窩部痛を覚え、時折、嘔吐を来したが、約3ヵ月で消失した。昭和30年3月、再び嘔吐とテール便があり、貧血が著明とな

つたので、本院内科に入院し、X線検査で噴門部に可なり大きいニッシュを認められて治療を受け、約2ヵ月で軽快退院した。ところが昭和30年12月中旬、再び数回の嘔吐があり、昭和31年正月餅を食べた所、吐血を来とし、心窩部痛をも覚えたので、1月10日再び内科に入院した。その日の午後洗面器に半分程(約1500cc)の大量吐血があり、一時意識不明、ショック状態に陥つた。内科的救急処置の後、その夕方外科に転科して来た。

既往症：特記すべきものはない。

家族歴：母が子宮癌で死亡している。

* 本論文の要旨は昭和32年2月、京都外科集談会に於て発表した

現症：体格は中等，羸瘦強く，顔面蒼白で苦悩状を呈し，貧血著明で，皮膚は乾燥しており，意識は明瞭であった。脈搏は100で，不整脈が認められ，血圧は最大123mmHg，最少73mmHg，呼吸は23であった。

腹部は全般に陥没して軽度の腹壁緊張が認められ，心窩部に圧痛を証明した。

心電図では，心室性期外収縮を認めたが，ST低下はなかった。その他の諸検査は急場のため行うことが出来なかった。

前回入院の際胃噴門部にニッシュを認められており，現在血圧や心電図所見が割合良好なので，手術を行うことに決心した。

手術所見：気管内エーテル麻酔の下に，充分な酸素を補給しつつ，同時に大量の点滴輸血を行いながら，手術を開始した。

上正中切開で開腹すると，胃の前壁には殆んど変化を認めなかったが，胆嚢部から幽門部並びに小彎にかけて，強い癒着が認められ，これが胃の後壁へと続き，胃と脾とは，全面にわたって癒着していた。これらを鋭的に，或は鈍的に剝離して行くと，噴門部の後壁に鶏卵大，弾性硬の硬結をふれた。

手術開始後患者の全身状態が比較的良好であったので，ここに胃全剝出術を決定することに決め，型の如くビルロート第2法の胃全剝出を行い，横行結腸前食道空腸吻合術を実施した。この時，食道後壁筋層を，3本の結節縫合に依り，脾尾に固定し，後壁漿膜縫合を行わず，ついで食道空腸全層縫合の後，前壁は横隔膜と空腸漿膜との間に，レムベルト縫合を追加して，縫合部の強化を計り，更にブラウン氏吻合を設置し，手術を終了した。

術中血圧は一時70mmHg迄低下したが，急速輸血に依り回復して，90mmHg内外に維持された。脈搏は，不整脈は著明であったが，数は100前後で，無事手術を終了することが出来た。

剝出標本：胃噴門部後壁で，食道から1cmの所に，拇指頭大，深さ7mmの潰瘍があり，潰瘍底には出血の原因となつたと思われる太い血管を認め，潰瘍縁は隆起していた。なお小彎の幽門に近い部にも，更に一個の小潰瘍が存在し，その周辺にも硬結をふれた（図1）。

組織学的所見：噴門部の潰瘍は，肝臓性潰瘍で癌性変化は認められず，又太い血管が潰瘍縁に開口しているのが認められた。（図2）。

術後経過：術後の経過は順調で，不整脈は間もなく



Abb. 1 Reseziertor Magen

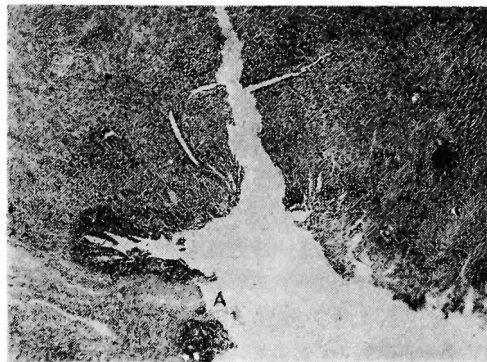


Abb. 2 Histologisches Präparat zeigt die Öffnung des geplatzten Gefässes (A). (H. E. $\times 100$)

消失，発熱もなく，創は第一期癒合を営んだ。食事は術後6日間は絶食させて，その間毎日輸血200cc，リンゲル，ブドウ糖，ビタミン等の輸液1000ccを行い，輸血は術中，術後を通じて合計2500cc実施した。術後1週間目レ線透視を行い，通過状態良好で，縫合不全のないことを確認して後（図3），始めて経口的投与を許可した。なお化学療法としてペニシリンを毎日60万単位宛4日間，ストマイを毎日1g宛3日間行つた。

血液所見は，術後2日目，即ち輸血1900ccを行つた後，ザリー70%，赤血球数370万であったのが，50日目には82%，420万に回復したが，全血比重1045，血漿比重1022でなお著明な低蛋白血症を示したので，更に輸血1200ccを実施した所，ザリー85%，赤血球数440万，全血比重1047，血漿比重1024に回復し，又恰度

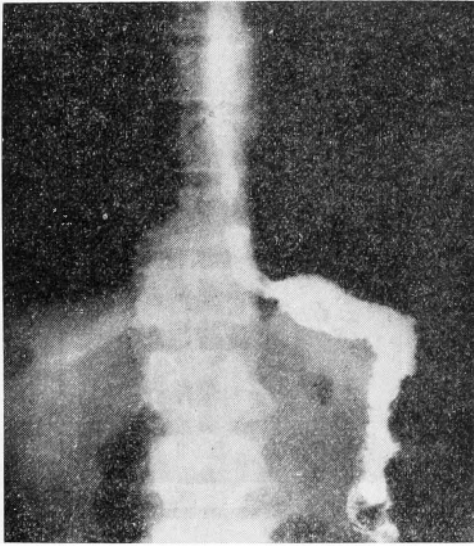


Abb. 3 Postoperative Röntgenkontrolle.

その頃に起つていた食欲不振や嘔気等の愁訴もこの輸血に依つて消失した。なお、その間の肝機能及び血糖値は略々正常であつた。又多量の輸血にもかかわらず、黄疸を併発することもなく、術後81日で軽快退院した。

退院後は一時悪心や全身倦怠感があつたが、間もなく消失し、術後10ヵ月目から再び、職務につけるようになった。約1年半経過した現在、元気で通勤しており、食欲、睡眠ともに良好、貧血を認めず、又術後食道炎を思わせるような症状も出ていない。

考 察

1. 大量の胃出血の場合、これを保存的に取扱うべきか、或は手術を行うべきか、に関しては、Stewardは赤血球数が正常の60%内外であれば、手術を行つてもよいと主張したが¹⁾、一般にはむしろ保存的に取扱つた方が死亡率が少かつたという主な理由から、保存的に処理するのが本筋と考えられて来た²⁾。ところが最近では麻酔の進歩、ショック及び輸血に関する研究の進展に伴ない、むしろ積極的に手術すべきだという意見が、特に外科医の間で強くなつて³⁾。と云うのは、かかる poor risk の患者でも、現今では手術は比較的安全に実施し得られ、若しも保存的に取扱つた場合には、確実に止血すると云う自信が持てないからである。特に50才以上の高齢者では、動脈硬化症が存在する事が多く、これが潰瘍底の血管に来てい

とも考えられ、自然止血が起りにくい場合もありうるので、なおさら手術すべきだと云われている⁴⁾。

2. 手術に当つては、患者がショック状態にあるならば、大量の輸血や補液により、これを恢復せしめて後、手術を開始すべきことは勿論であつて、術中も点滴法等により充分の輸血を継続すべきである。又胃出血の特異性として、Le Veen や白石は、肝臓の Anoxia 乃至高度の機能障害が起りやすいと云い⁵⁾⁶⁾、又大井等の実験によつても、胃出血の際には、体末梢部の出血に較らべて、肝臓流入血液量及び肝循環血液量の減少が認められ、血液酸素飽和度も低下して、肝臓が Anoxia の状態にあることが証明されているので⁷⁾、術中には大量の酸素吸入をも併せ行うべきである。出来得るならばわれわれが実施した如く、閉鎖循環式気管内麻酔器を用い、充分の酸素を補給しつつ手術すべきものと思われる⁸⁾。尚ショックの発生を防止し、又はその進行を阻止する上からも、本麻酔法が推奨されるべきであろう。

3. 胃全剝出術を受けた患者にはしばしば、浮腫、食餌性糖尿、肝機能障害、貧血、下痢、低血糖様症状等の無胃性症候群や、逆流性食道炎が併発することは、諸家の認めている所であるが⁹⁾¹⁰⁾、本症例ではこれらの症状は起つていない。

4. 大量胃出血の場合に、通常の胃切除(部分的)を行つた症例は、しばしばみられるが、胃全剝出術を敢行した症例の報告は未だ極めて少く、しかもわれわれの症例は、極めて順調に経過したと思われるので、ここに報告した次第である。

結 語

噴門部膀胱性潰瘍に由来した、大量吐血患者の救急手術として、胃全剝出術を施行し、成功を収めた症例を報告し、1~2の考察を加えた。

文 献

- 1) W. L. Alsobrook et al.: Gastroent., 21; 20, 1952. 2) B. R. Rosenak et al.: Gastroent., 20; 272, 1952. 3) 福田保: 最新医学, 8; 388, 1953. 4) 斎藤漢: 臨床外科, 11; 901, 1956. 5) Le Veen: Surg. Gyn. & Obst., 94; 433, 1952. 6) 白石幸次郎: 臨床外科, 10; 211, 1955. 7) 大井実: 臨床外科, 7; 527, 1952. 8) 島田信勝: 総合臨床, 3; 750, 1954. 9) 園田辰巳: 外科の領域, 4; 139, 1956. 10) 桑折慶長: 臨床外科, 11; 717, 1956.